



WELL CHILD EXAM - ADOLESCENCE: 16 YEARS

(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

TUỔI NIÊN THIẾU: 16 TUỔI

| | | | | | | | | | |
|--|--|----------------------------|---|--------------------------|----------------------------|---|---|--|--|
| THANH NIÊN ĐIỀN VỀ CHÍNH MÌNH | TÂM KẾ TỪ LẦN KHÁM CUỐI | | | | | | NGÀY SANH | | |
| | CÁC DỊ ỨNG | | | THUỐC MEN HIỆN TẠI | | | | | |
| | CÁC BỆNH TẬT/TAI NẠN/VĂN ĐỀ/QUAN TÂM KẾ TỪ LẦN KHÁM CUỐI | | | | | | HÔM NAY TÔI CÓ THẮC MẮC VỀ: | | |
| | CÓ KHÔNG | | | CÓ KHÔNG | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | | Tôi ăn sáng hằng ngày. | <input type="checkbox"/> | | Mỗi ngày tôi có hoạt động thể dục. | | | |
| | <input type="checkbox"/> | | Tôi có người để nói chuyện. | <input type="checkbox"/> | | Tôi ngủ đủ; _____ tiếng mỗi đêm. | | | |
| | <input type="checkbox"/> | | Tôi hào lòng với sự học và/hoặc việc làm của tôi. | | | | | | |
| | WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE | | HEIGHT CM/IN. PERCENTILE | | BLOOD PRESSURE | | Diet _____ | | |
| | <input type="checkbox"/> Review of systems | | <input type="checkbox"/> Review of family history | | | | Sleep _____ | | |
| | Screening: | | MHZ | R | L | | <input type="checkbox"/> Review Immunization Record | | |
| Hearing Screen | | 4000 | _____ | _____ | | <input type="checkbox"/> Hgb/Hct _____ <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> Dental Referral | | | |
| | | 2000 | _____ | _____ | | <input type="checkbox"/> Cholesterol | | | |
| | | 1000 | _____ | _____ | | Health Education: (Check all discussed/handouts given) | | | |
| | | 500 | _____ | _____ | | <input type="checkbox"/> Nutrition/weight control <input type="checkbox"/> Regular physical activity/Sports | | | |
| Vision Screen | | R 20/_____ | L 20/_____ | | | <input type="checkbox"/> Seat belts/Driving <input type="checkbox"/> Injury prevention/safety | | | |
| Development | | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> Tobacco Use <input type="checkbox"/> Drugs/Alcohol <input type="checkbox"/> STD/HIV/AIDS | | | |
| Behavior | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> Sex education/birth control <input type="checkbox"/> Suicide/Depression | | | |
| Social Emotional | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> Dental Care <input type="checkbox"/> Self Exam <input type="checkbox"/> Future Plans | | | |
| Mental Health | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> Other: _____ | | | |
| Physical: | | | | | | | | | |
| General appearance | | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | Chest | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | Assessment/Plan: _____ | | |
| Skin | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lungs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Head | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cardiovascular/Pulses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Eyes | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Abdomen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Ears | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Genitalia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Nose | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Spine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Oropharynx/Teeth | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Extremities | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Neck | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Neurological | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Nodes | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gait | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Describe abnormal findings and comments: | | | | | | | | | |
| IMMUNIZATIONS GIVEN | | | | | | | | | |
| REFERRALS | | | | | | | | | |
| NEXT VISIT: 18 YEARS OF AGE | | | | | | HEALTH PROVIDER NAME | | | |
| HEALTH PROVIDER SIGNATURE | | | | | | HEALTH PROVIDER ADDRESS | | | |

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Adolescence (16 years)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Fluoride Screen

Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999--00.(21)5.

Screens for Sexually Active Teens

- Gonorrhea/chlamydia.
- Pap smear.
- Human immunodeficiency virus (HIV).

Hepatitis B Vaccine

- For children and adolescents not vaccinated against hepatitis B in infancy, begin the hepatitis B vaccine series during any childhood visit. Give the second dose at least one month after the first dose and give the third dose at least four months after the first dose and at least two months after the second dose.

High Risk Behavior

Discuss behaviors such as these:

- Depression.
- Drugs.
- Smoking.
- Sexual contacts (and need for protection and contraception).
- Suicide.
- Guns.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention.



KHÁM TRẺ KHỎE MẠNH - TUỔI NIÊN THIẾU: 16 TUỔI

WELL CHILD EXAM - ADOLESCENCE - 16 YEARS

(Đáp Ứng Chỉ Tiêu EPSDT)

NGÀY

TUỔI NIÊN THIẾU: 16 TUỔI

| | | | | | | |
|---|---|--|--|---|---|--|
| THANH NIÊN ĐIỀN VỀ CHÍNH MÌNH | TÊN ĐỨA TRẺ | | | NGÀY SANH | | |
| | CÁC DỊ ỨNG | | THUỐC MEN HIỆN TẠI | | | |
| | CÁC BỆNH TẬT/TAI NẠN/VẤN ĐỀ/QUAN TÂM KẾ TỪ LẦN KHÁM CUỐI | | | HÔM NAY TÔI CÓ THẮC MẮC VỀ: | | |
| | CÓ KHÔNG | | CÓ KHÔNG | | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tôi ăn sáng hằng ngày. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mỗi ngày tôi có hoạt động thể dục. |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tôi có người để nói chuyện. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tôi ngủ đủ; _____ tiếng mỗi đêm. |
| | Tôi hài lòng với sự học và/hoặc việc làm của tôi. | | | | | |
| | CÂN NẶNG KG./OZ. TỶ LỆ BÁCH PHÂN | CHIỀU CAO CM/IN. TỶ LỆ BÁCH PHÂN | ÁP HUYẾT | Chế độ ăn uống _____ | | |
| | <input type="checkbox"/> Xét lại các hệ thống <input type="checkbox"/> Xét lại quá trình gia đình | | Ngủ _____ | | | |
| | Khám truy tầm: Thử Nghiệm Nghe | | MHZ 4000 _____ 2000 _____ 1000 _____ 500 _____ | P | T | <input type="checkbox"/> Xét Lại Hồ Sơ Chích Ngừa <input type="checkbox"/> Hgb/Hct _____ <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> Gởi đi khám răng <input type="checkbox"/> Mô Trong Máu |
| Tâm Nhìn | | P 20/ Bình thường Không thường | T 20/ Bình thường Không thường | Giáo Dục về Y Tế: (Đánh dấu vào tất cả những phần đã thảo luận/dã đưa tài liệu) | | |
| Phát triển | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Dinh dưỡng/giữ cân <input type="checkbox"/> Sinh Hoạt Thể Dục/Thể Thao Đầu Đặn | <input type="checkbox"/> Phòng ngừa bị thương/an toàn | |
| Tính hạnh | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Dùng dây an toàn/Lái xe <input type="checkbox"/> Ma Túy/Rượu <input type="checkbox"/> Bệnh Hoa Liệu/Liệt | <input type="checkbox"/> Kháng/AIDS | |
| Giao tế Xúc cảm | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Giáo dục sinh lý/ngừa thai <input type="checkbox"/> Tự Tử/Buồn Chán | <input type="checkbox"/> Hoạch Định cho Tương Lai | |
| Tình Trạng Tâm Thần | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Chăm Sóc Răng <input type="checkbox"/> Tự Khám <input type="checkbox"/> Điều khác: _____ | | |
| Thể chất: | | Bình thường Không thường | Bình thường Không thường | Giám Định/Kế hoạch: _____ | | |
| Nhìn Chung | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Phổi | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | |
| Da | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Ngực | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | |
| Đầu | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Tim/Mạch | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | |
| Mắt | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Bụng | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | |
| Tai | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Cơ Quan Sinh Dục | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | |
| Mũi | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Xương sống | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | |
| Họng/Răng | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Chân tay | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | |
| Cổ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Thần kinh | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | |
| Hạch | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Dáng đi | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | |
| Mô tả các khám phá bất thường và ghi chú: | | | | ĐÃ CHỨNG NGỪA | | |
| | | | | GIỚI THIỆU ĐI | | |
| LẦN KHÁM KẾ: LÚC 18 TUỔI | | | | TÊN NƠI CHĂM SÓC Y TẾ | | |
| CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC Y TẾ | | | | ĐỊA CHỈ NƠI CHĂM SÓC Y TẾ | | |

Chăm Sóc Sức Khỏe Của Em Lúc 16 Tuổi

Cơ Thể Của Em Cần Gì

Những cách có thể giúp cho cơ thể của em từ 16 đến 18 tuổi.

Em cần khám bác sĩ về sức khỏe, mắt và tai đều đặn. Em nên gặp nha sĩ ít nhất là mỗi năm một lần.

Em cần ngủ mỗi đêm ít nhất là 8 tiếng thì mới đủ khỏe để học ở trường, đi làm hoặc lái xe. Tránh làm việc thêm nếu phải ngủ ít đi.

Vận động là cách hữu hiệu nhất để khỏi bị mập. Nhịn ăn thì phải có hoạch định và được giám sát. Uống thuốc để xổ hoặc ói có thể làm hại cho cơ thể. Cơ thể của em không lấy được chất bổ cần để tăng trưởng. Nếu em có bạn bè dùng thuốc ói hoặc thuốc xổ để khỏi bị mập thì những người ấy cần phải được giúp đỡ.

Muốn Được Giúp hoặc Biết Thêm Tin Tức

Đường Dây Giúp về Gia Đình: 1-800-932-4673
Toàn Quốc Crisis Helpline: 1-800-999-9999 hoặc
Boys Town Crisis Line Toàn Quốc: 1-800-448-3000.

Tin Tức về Sinh Lý cho Trẻ Mới Lớn:

www.teenwire.com.

Muốn biết thêm chi tiết về thiếu niên đồng tính luyến ái hãy liên lạc với:

PFLAG (Phụ Huynh, Gia Đình và Những Thân Hữu Đồng Tình Luyến Ái) www.pflag.com hoặc điện thoại số 202-467-8180.

Muốn có tin tức về các bệnh ăn uống hãy vào:

www.allabouteatingdisorders.com.

Những Đức Tính Lành Mạnh

Hãy tìm hiểu về sinh lý của em, trinh tiết, các bệnh truyền nhiễm qua tình dục và ngừa thai. Hãy biết cách phải làm thế nào và tại sao phải nói "không" đối với tình dục.

Bàn với cha mẹ hoặc cố vấn người lớn về các quyết định về tình dục.

Hút thuốc làm cho em bị cảm lạnh, nhiễm trùng xoang mũi, ung thư, hoi thở hôi, và làm cho quần áo, tóc tai hôi hám.

Những thay đổi tiêu cực đáng kể về cảm giác của em, về tánh nết, bạn bè, bài làm ở trường và việc đi học có thể là những dấu hiệu của sự buồn chán. Nếu em cảm thấy buồn chán, hãy đi gặp bác sĩ của em hoặc xin cha mẹ em giúp đỡ. Hoặc nếu có người bạn tỏ vẻ thật buồn bã, hoặc nóng nảy hay tánh nết thay đổi, em nên biết chỗ để xin giúp đỡ.

Mỗi ngày hãy dành thời giờ để tập vận động tương đương với giờ để chơi với bạn bè, coi TV hoặc chơi computer.

Nhiều trẻ mới lớn biết có bạn cùng trang lứa đồng tính luyến ái. Em nên nói chuyện về việc này. Em có thể gọi cho một trong các tổ chức giúp người đồng tính luyến ái, gia đình của họ, và bạn bè họ.

Các thú tiêu khiển và tài nghệ có thể khởi sự một nghề nghiệp. Nó giúp cho em cảm thấy thú vị về mình. Hãy thử những thứ làm em thích như thể thao, kịch nghệ, mỹ thuật, nhạc, chụp hình, hoặc làm nữ trang.

Các Chỉ Dẫn về An Toàn

Lái xe rất nguy hiểm đối với trẻ mới lớn khi có các trẻ mới lớn khác quá giang. Em và cha mẹ em nên đồng ý rõ ràng về các điều lệ về lái xe, nhất là khi có bạn bè. Thí dụ như, tất cả những người lái xe và người ngồi trên xe, luôn luôn phải dùng dây an toàn. Đừng bao giờ lái xe khi say hoặc ngồi trong xe của người lái bị say.

Nên nhớ "Bạn bè không những không để cho người bạn say lái xe", mà họ còn không cho bạn bè ngồi trong xe do người say lái.

Dùng kem chống nắng. Bị nắng nhiều quá có thể làm cho da bị nhăn và ung thư.